

## 後発医薬品に関する選好の決定要因－後発医薬品の 認知・処方経験・支払い許容額について－

著者	上村 一樹
著者別名	kamimura kazuki
雑誌名	経済論集
巻	40
号	2
ページ	227-240
発行年	2015-03
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1060/00006951/">http://id.nii.ac.jp/1060/00006951/</a>

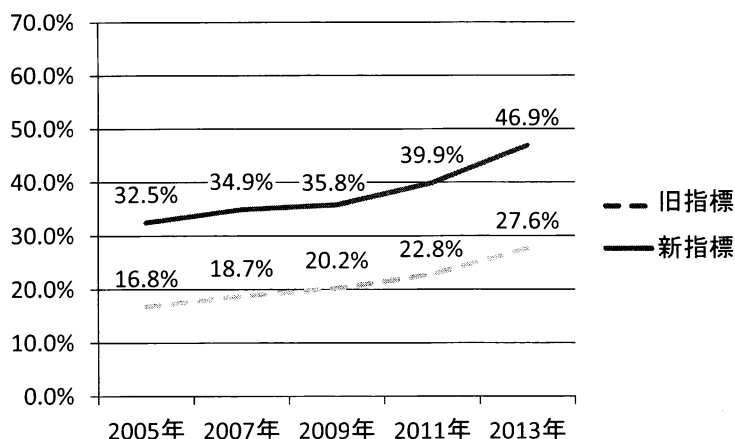
# 後発医薬品に関する選好の決定要因 －後発医薬品の認知・処方経験・支払い許容額について－<sup>1)</sup>

上 村 一 樹

## 1 はじめに

現在わが国では、後発医薬品の普及が促進されており、2018年3月末までに後発医薬品の数量シェアを60%以上にすることが目標として掲げられている。(厚生労働省 [2013a])

図1 わが国における後発医薬品の数量シェアの推移



厚生労働省HP『後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進について参考2「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」における後発医薬品割合』より筆者作成<sup>2)</sup>

1. 図に示されているのは各年9月時点における値である。
2. 旧指標は、後発医薬品が存在しない薬品も含めての数量シェアである。
3. 新指標は、後発医薬品が存在する薬品についてのみの数量シェアである。
4. そのため、新指標は必ず旧指標よりも大きい数値になる。

1) 本稿の分析に用いた「年金に関する意識調査」のデータ利用に関しては、阪南大学経済学部村上雅俊准教授および関西学院大学総合政策学部四方理人講師にご協力頂いた。両氏および「年金に関する意識調査」の実施主体である関西大学ソシオネットワーク研究機構に対して感謝申し上げたい。

2) 2014年12月27日閲覧

しかしながら、図1は後発医薬品のシェアの推移であるが、現状のシェアは60%という数値目標とは未だ10%以上の差がある。(厚生労働省 [2013b]) 新指標を基準にした場合、図1に示されている過去8年間の平均である年1.8%のペースでシェアが伸びて行ったとしても、2018年3月末までに後発医薬品の数量シェア60%という目標には届かない。

また、60%以上という数値目標自体も、先進諸国と比べると高いものではない。アメリカでは後発医薬品の数量シェアが約90%、ドイツでは約80%、イギリスが約70%、フランスが約60%であり、アメリカ、ドイツ、イギリスの数量シェアは2010年の時点でわが国の2018年までの目標値を上回っている。(厚生労働省 [2012])

厚生労働省の資料によると、後発医薬品を普及させることは「患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資する」ものであり、後発医薬品を普及させる意義は「医療費の効率化を通じて限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ること」にあるとされている。(厚生労働省 [2013a]) これらの記述から、後発医薬品を普及させることには、医療費の削減、医療資源の有効活用という動機があることがわかる。

諸外国と比較した場合、数量シェアが60%以上という目標を達成してもなお、医療費削減のためにはその数値をさらに伸ばす余地がある。また、医療費削減は喫緊の政策課題であるが、高齢化の進行が予測されるため、当面の間はその重要性が低下することはない。そのため、2018年3月末までの数値目標が達成されるかどうかいかにかわらず、当面の間、後発医薬品の浸透を図ることは重要な政策課題であり続けると考えられる。

そもそも、わが国ではなぜ、後発医薬品の数量シェアが50%にも届かず、先進諸国と比べてシェアが低いのであろうか。わが国における後発医薬品の定義を上述の「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」から引用すると、「後発医薬品（ジェネリック医薬品とも言う。）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品である。」とされている。(厚生労働省 [2013a])

上記の定義からは、後発医薬品と先発医薬品の品質・有効性・安全性は同等であり、患者の視点から見ると、後発医薬品は先発医薬品よりも低価格な代替財であるため、後発医薬品を選ぶインセンティブが働くことになる。

それにもかかわらず、わが国の後発医薬品の数量シェアが50%にも届いていないことには、どのような要因が影響しているのであろうか。今後、後発医薬品の数量シェアを先進諸国並に増加させるためには、後発医薬品の選好を決定する要因を明らかにすることが必要となる。

そこで、本稿では、後発医薬品に関する選好がどのような要因により決定されているのか、具体的には、後発医薬品についての認知、処方経験、支払い許容額がどのような要因によって決定されているのかをそれぞれ分析する。

本稿は以下のように構成される。まず、第2節においては、先行研究を概括し、そこから明らかになった点と、明らかになっていない点を確認する。第3節においては、具体的な分析内容に続いて、分析に用いるデータについて述べる。第4節では分析結果について確認した後、その解釈について述べる。最後に、第5節においては、本稿の分析結果の概略を述べる。

## 2 研究の背景

本節では、まず、後発医薬品の定義や概要について述べた後、後発医薬品の利用促進状況に関する先行研究を概括する。

後発医薬品とは、ジェネリック医薬品とも呼ばれ、厚生労働省が2007年10月15日に発表した「後発医薬品の安全使用促進アクションプログラム」によると、「先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品」とされる。(厚生労働省 [2007], pp.1)

2007年に発表された「後発医薬品の安全使用促進アクションプログラム」と2013年に発表された「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」では、目標とする後発医薬品の数量シェア指標の計算方法が変更されている。そのため、指標変更を挟んでわが国における数量シェアの推移を把握することは難しいが、厚生労働省 [2013b] には、「我が国のジェネリック医薬品シェアの推移と目標」という図が掲載されている。

第1節で掲載した図1は、厚生労働省 [2013b] に掲載されている「我が国のジェネリック医薬品シェアの推移と目標」を元に筆者が作成したものであるが、図1からも明らかのように、後発医薬品の数量シェアは増加傾向にある。2005年から2009年までは2年で約1～2%の増加だったものの、2009年から2011年の間に4%増加、2011年から2013年の間に7%増加と、数量シェアの増加傾向に拍車がかかっている。

最も増加ペースが著しい2011年から2013年と同様に年7%というペースで市場シェアが増加していった場合、2017年9月に市場シェアが60%を越えるため、2018年3月に市場シェア60%という目標が達成されていることになる。また、2009年から2011年の間と同様に年4%というペースで市場シェアが増加していった場合でも、2019年9月には59%になり、2020年代初頭には市場シェアが60%を越えることになる。近年のペースで後発医薬品の数量シェアが増加していった場合、遅くとも10年以内には目標値が達成される状況にある。

しかし、厚生労働省 [2012] が示すとおり、先進諸国には、60%以上の数量シェアの国も複数存在する。したがって、60%という数値目標が達成された場合でも、イタリア・フランス・スペインとは5%以内の差になるが、アメリカ・ドイツ・イギリスとは10%以上の差がある。(厚生労働省 [2012], pp.6) 先進各国でも後発医薬品のシェアが伸びつつあることを考えると、60%という目標

を達成しても、先進諸国の中では平均以下のシェアのままである。

以上より、わが国における後発医薬品のシェアは増加しつつあり、近年増加ペースも上がっているものの、未だ目標値の60%には10%以上の差があり、目標とされている60%という数値も先進諸国の中では平均以下であることがわかる。

今後、60%という目標を一つの目安としつつ、後発医薬品の普及がさらに加速するためには、後発医薬品の普及がどのように決定されるのかに関するエビデンスが必要となる。本節の以下では、供給側からの研究、需要側からの研究の順に、後発医薬品の普及要因に関する研究について概括する。

粕谷英明・西村淳一〔2012〕では、供給側の観点から、後発医薬品普及の決定要因について分析を行っている。成分別・年度別の後発医薬品の数量シェアデータをパネルデータにして分析を行った結果、剤形カバレッジが多く、先発医薬品と比較した場合の相対価格が安く、長期収載品の競合品が少ないほど、後発医薬品の数量シェアが高まることが明らかになっている。

菅原琢磨・南部鶴彦〔2014〕では、高脂血症薬であるプラバスタチンに焦点を当てて、後発医薬品の市場シェア決定要因について分析を行っている。12年分の四半期ベースの売り上げデータを用いて、プラバスタチンの後発品の市場シェアの決定要因に関する分析を行っている。その結果、先発医薬品と比較した相対価格が安い、市場成長率が高いなどの条件が後発品の市場シェアを増加させる要因であることが明らかになっている。

需要側の観点からの研究として、櫻井秀彦他〔2011〕では、北海道内の50の薬局を訪れた患者に対する全数調査を行い、患者側の観点から、後発医薬品の普及に関する意識調査を行っている。その結果、後発医薬品についての認知が進んでいるほど後発医薬品の処方を希望する確率が高くなること、医師や薬剤師から後発医薬品に関する情報を得ている場合、後発医薬品の処方を希望する確率が高くなることなどが明らかになっている。

また、尾関佳代子〔2011〕では、小学生の子どもを持つ静岡県浜松市在住の母親を対象として、後発医薬品の使用状況の決定要因について分析を行っている。その結果、後発医薬品の服用経験がある場合には後発医薬品への関心が高いことが明らかになっている。ただし、関心が高いから服用経験があるのか、服用経験がある結果として関心が高まったのか、この結果をどう解釈するのかは難しい。

需要側と供給側、双方の観点からの研究として、上原勉・真野俊樹〔2013〕では、厚生労働省が実施した『2010年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査』の報告書を基に、薬局、医師、患者それぞれの観点から、後発医薬品の使用促進には何が必要なのかを考察している。その結果、後発医薬品の効果・品質に関する信頼性の向上、患者の経済的インセンティブが使用促進につながることを指摘している。

これらの先行研究から、後発医薬品利用の促進要因について、以下の2点が明らかになっている。第一に、供給側から見た場合、後発医薬品の市場成長率、先発医薬品との相対価格といった要因が後発医薬品市場拡大に寄与する。第二に、数量シェア60%達成には需要側の観点も重要であるが、需要側から見ると、後発医薬品の認知や服用経験、価格をはじめとした経済的インセンティブといった要因が利用促進につながる。

しかしながら、患者（消費者）の属性と、後発医薬品の認知、後発医薬品の処方経験、後発医薬品に対する選好などの関係については、これまでのところ、筆者が知る限りにおいては十分な分析が行われていない。後発医薬品のさらなる利用促進のためには、後発医薬品に関してどのような者がどのような選好を持っているのか明らかにすることも重要である。

そこで、本稿では、患者（消費者）の属性と後発医薬品の認知、後発医薬品の処方経験、後発医薬品に対する選好の関係について分析を行い、これまでとは異なった観点から後発医薬品普及のために何が必要なのかを検討する。

### 3 分析の枠組み

#### 3-1 分析内容

本稿では、後発医薬品の認知、後発医薬品の処方経験、後発医薬品に対する選好について分析する。

まず、後発医薬品の認知については、後発医薬品という言葉を知っているかどうかについて分析する。後発医薬品を知っているか、知っていないかのどちらかであるため、被説明変数は二値変数となる。したがって、プロビット・モデルによる分析を行う。

次に、後発医薬品の処方経験の有無についても、後発医薬品の処方経験があるかないかのどちらかであるため、被説明変数は二値変数となる。したがって、後発医薬品の処方経験についても、プロビット・モデルによる分析を行う。

最後に、後発医薬品に対する選好については、具体的には、先発医薬品の何%の価格までなら後発医薬品に対して支出してもよいかを複数の選択肢から選択させ、そこから得られたデータを分析する。被説明変数は順序変数ではあるが、後述するように、選択肢が等間隔で並んでいないため、順序プロビット・モデルによる分析を行うことはできない。そのため、本稿では、OLSによる分析を行う。

#### 3-2 データ

本稿の分析では、「年金に関する意識調査」の個票データを利用する。「年金に関する意識調査」は、2012年1月に関西大学ソシオネットワーク研究機構によって実施されたインターネット調査

である。調査対象者はインターネット調査会社の会員1042名であり、男性518名で女性524名、対象年齢は調査時点で満20歳から満59歳までで、20代が229名、30代が290名、40代が246名、50代が277名である<sup>3)</sup>。

本稿の分析対象は調査対象者の後発医薬品に関する選好である。具体的には、後発医薬品の認知の有無、後発医薬品の処方経験の有無、後発医薬品への支払い許容額が先発医薬品価格の何%までであるかの3つについて分析を行う。それぞれ、以下のように被説明変数を定義する。

まず、後発医薬品の認知についてであるが、「あなたはジェネリック医薬品（後発医薬品）という言葉<sup>4)</sup>についての知識や、病院・診療所などで処方を受けた経験はありますか。」という質問に対して、「病院・診療所で処方を受けたことがある」「言葉についての知識はあるが、処方を受けたことはない」と答えた場合は「知っている」として、「言葉についての知識もない」と答えた場合は「知らない」とする。そして、「知っている」場合が1、「知らない」場合が0の二値変数を分析する。

次に、後発医薬品の処方経験についてであるが、「あなたはジェネリック医薬品（後発医薬品）という言葉についての知識や、病院・診療所などで処方を受けた経験はありますか。」という質問に対して、「病院・診療所で処方を受けたことがある」と答えた場合は「処方経験がある」として、「言葉についての知識はあるが、処方を受けたことはない」「言葉についての知識もない」と答えた場合は「処方経験がない」とする。そして、「処方経験がある」場合が1、「処方経験がない」場合は0の二値変数を分析する。

最後に、先発医薬品の何%の価格までだったら後発医薬品に支出してもよいかについては、「あなたは、診療した医師が、ジェネリック医薬品の使用をすすめてきた場合、価格の差が何%以下でしたら使用しますか？一番近い考え方を選択してください。」という質問に対して、「オリジナルの薬品と同じ価格でもジェネリック医薬品を選択する」と答えた場合は100、「どれだけ安くてもジェネリック医薬品は選択しない」と答えた場合は0、「オリジナルの薬品よりn%以上安い場合<sup>5)</sup>ジェネリック医薬品を選択する」と答えた場合には、 $100 - n$ となるように変数を定義して、その変数

---

3) すべての調査対象者がすべての質問に回答しているとは限らないため、実際の分析に用いるサンプルサイズは最大で999である。

4) 「年金に関する意識調査」においては「後発医薬品」ではなく「ジェネリック医薬品」という用語が使われているため、調査票に関係する部分においては、調査票の表現をそのまま用いている。以下同様。

5) 実際の調査においてnが取りうる値には、3、5、10、15、20、25、30、40、50、60、70、80、90の13通りがある。その他にも「分からない（ジェネリック医薬品のことを知らない）」という選択肢があるが、「分からない（ジェネリック医薬品のことを知らない）」と答えた場合は分析から除外しているため、質問への回答は16通りあるが、被説明変数の取りうる値は15通りである。

を分析する。

後発医薬品と先発医薬品の効能は同等であるとされているが、柏崎暁他 [2009] や加納誠一郎他 [2009]、大谷道輝他 [2013] など、いくつかの研究は、後発医薬品と先発医薬品の効能が異なることを確認している<sup>6)</sup>。そのため、後発医薬品の効能は平均的には先発医薬品と同等であるが、ばらつきが存在する可能性がある。もし、調査対象者が後発医薬品の効能にはばらつきがあると考えている場合、後発医薬品に対する選好には危険回避度が影響すると考えられる。

そこで、本稿の分析においては、以下の質問から定義された主観的危険回避度を説明変数として用いる。

「虎穴（こけつ）に入らずんば虎子（こじ）を得ず」ということわざがあるように、高い成果を期待するなら危険を冒すべきだという考え方があります。その一方で「君子（くんし）危うきに近寄らず」ということわざのように、できるかぎり危険をさけるべきだという考え方もあります。あなたの行動は、どちらの考え方に近いですか。「虎穴～」の考え方に完全に共感する、を10点、「君子～」の考え方に完全に共感する、を0点として、あなたの行動パターンを評価してもらって、はまるものを1つ選んでください。

（この質問文に続いて、10から0の11段階から当てはまるものを選択する）

説明変数の数値が高いほど危険回避的であるようにするために、10から選んだ選択肢を引く形で説明変数を定義する。

また、消費者が後発医薬品について、価格が安い代わりに先発医薬品と比べて品質に劣っている面があると認識しているのならば、時間選好率が高い者ほど、将来の健康リスクよりも現在の支払金額が安いことを重視するため、後発医薬品に対する拒否感が薄いと考えられる。そこで、本稿では、以下の質問から定義された主観的時間選好率を説明変数として用いる。

ある金額（A）を今日受け取ることと、別の金額（B）を10年後受け取ることのどちらがよいかを考えてください。以下のそれぞれについて、あなたにとってAかBかのどちらかを選んでください。

6) 先行研究の中には、後発医薬品の方が先発医薬品より効果が高いことを確認した研究もある。（大谷道輝他 [2013]）そのため、先発医薬品の方が優れているとは言い切れず、ばらつきがあるという表現が適切である。先発医薬品と後発医薬品の効能の関係自体も重要な研究テーマの一つである。



＜選択肢＞

(A)	(B)
(A)10,000円	(B)10,000円
(A)10,000円	(B)12,190円
(A)10,000円	(B)17,908円
(A)10,000円	(B)25,937円
(A)10,000円	(B)61,917円

書かれている金額ではなく、そこから計算された年利（0％、2％、6％、10％、20％の5つ）を説明変数として用いる。

先行研究では、医師や薬剤師から後発医薬品に関する情報を得ている場合、後発医薬品を利用する確率が高くなることが確認されている。（櫻井秀彦他 [2011]）そこで、本稿では、以下の質問に対する回答結果から、処方される薬品に関する医師・薬剤師との話し合いの有無を説明変数に加える。

あなたは処方される薬品について医療関係者と話し合うことはありますか。もし話し合うことがある場合、該当するものを以下から選んでください。（いくつでも）

選択肢は「医者」「薬剤師」「看護師・准看護師」「その他の医療関係者」「医療関係者と話し合うことはない」の5つであるが、このうち、「医者」を選択した場合は説明変数「医師と話し合う」ダミーの値が1、選択しなかった場合は0とする。また、「薬剤師」を選択した場合は説明変数「薬剤師と話し合う」ダミーの値が1、選択しなかった場合は0とする。

後発医薬品の処方経験がある場合、その時の体験が後発医薬品に対するその後の選好を左右する可能性がある。具体的には、後発医薬品の効果が先発医薬品と同等以上であると感じた者は、後発医薬品に対して前向きな考え方をするようになると予想される。そこで、後発医薬品への支払い許容額に関する分析においては、後発医薬品の処方を受けた際の感想を説明変数として加える。

具体的には、「ジェネリック医薬品の処方を受けた時と、それ以外の医薬品（先発医薬品）の処方を受けた時で、効果に違いを感じましたか。」という質問に対して、「違いを感じた（先発医薬品の方が効いた）」と回答した場合には、「後発医薬品の効能は先発医薬品未満」ダミーを1、「特に違いは感じなかった」「違いを感じた（ジェネリック医薬品の方が効いた）」と回答した場合には、「後発医薬品には同等以上の効果あり」ダミーを1とする。処方経験がない場合にはいずれのダミー変数も0である。

表1はその他の変数も含め、本稿での分析に用いるデータの記述統計である。「年金に関する意

識調査」の調査対象者は1042名であるが、すべての質問には回答していない者もいることから、分析に用いるサンプルサイズは最大で999になる。また、本来であれば所得については家計所得を用いることが望ましいが、「年金に関する意識調査」においては、所得は「本人」「配偶者」「その他」の3つのカテゴリーに分かれており、「その他」所得の回答率が10%未満である。そのため、家計所得を把握することは難しいと判断し、本人の所得を説明変数として用いている。

表1 記述統計

変数名	平均	標準偏差	最小	最大
<被説明変数>				
後発医薬品を知っている	0.9349	0.2468	0	1
後発医薬品の処方を受けたことがある	0.3584	0.4798	0	1
後発医薬品への支払い許容額は先発医薬品価格の何%か	78.5543	25.3892	0	100
<説明変数>				
年齢	40.4064	11.2061	20	59
男性ダミー	0.4935	0.5002	0	1
有配偶ダミー	0.6707	0.4702	0	1
自身の所得（万円）	333.4234	1604.8030	0	50000
大卒ダミー	0.4394	0.4966	0	1
主観的健康状態（1 = よくない、5 = よい）	3.4925	0.9652	1	5
主観的危険回避度	7.1131	2.1460	1	11
主観的時間選好率	5.7317	5.7371	0	20
医師と話し合う	0.4414	0.4968	0	1
薬剤師と話し合う	0.3794	0.4855	0	1
後発医薬品には同等以上の効果あり	0.3373	0.4730	0	1
後発医薬品の効能は先発医薬品未満	0.0210	0.1435	0	1
サンプルサイズ	999			

「年金に関する意識調査」のうち、推定に用いたサンプルのみから集計し、筆者が作成

## 4 分析結果

### 4-1 後発医薬品の認知

表2の推定結果のうち左の列は、後発医薬品を知っているかどうかを被説明変数として、プロビット・モデルによって推定した結果である。

まず、年齢、男性ダミーはそれぞれ5%水準で有意に推定されており、推定された係数の符号から、年齢が高い者や男性は後発医薬品を知っている確率が高い、という結果になっている。

次に、本人の所得は5%水準で有意に推定されており、高所得者ほど後発医薬品を知っている確率が高い、という結果になっている。

また、主観的健康状態の係数は５％水準で有意に推定されており、健康状態が良いものほどジェネリック医薬品を知っている確率が低い、という結果になっている。

主観的危険回避度の係数は５％水準で有意に推定されている。推定値の符号が正であるため、危険回避的な者ほど後発医薬品に関する知識がある、という結果になっている。

最後に、処方される薬品について医師と話し合う者は後発医薬品という言葉を知っている確率が高い、という結果になっている。

#### ４－２ 後発医薬品の処方経験

表２の推定結果のうち中央の列は、後発医薬品の処方を受けた経験があるかどうかを被説明変数として、プロビット・モデルによって推定した結果である。

次に、大卒ダミーは５％水準で有意に推定されており、大卒者は後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が高い、という結果になっている。

また、主観的健康状態の係数は１％水準で有意に推定されており、健康状態が良いものほど後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が低い、という結果になっている。

主観的危険回避度の係数は５％水準で有意に推定されている。推定値の符号が負であるため、危険回避的であると、後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が低くなることがわかる。

最後に、処方される薬品について医師や薬剤師と話し合う者は後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が高い、という結果になっている。

#### ４－３ 後発医薬品への支払い許容額

表２の推定結果のうち、右の列が、後発医薬品への支払い許容額、すなわち、先発医薬品の価格の何％までだったら後発医薬品に支出してもよいかの決定要因を推定した結果である。

まず、年齢の係数は５％水準で有意に推定されており、推定された係数の符号から、年齢が高いほど、支出許容額が低くなることがわかる。

主観的危険回避度の係数は５％水準で有意に推定されている。推定値の符号が正であるため、危険回避的であるほど支払い許容額が高くなることがわかる。

主観的時間選好率の係数は５％水準で有意に推定されており、符号が負であるため、時間選好率が高いほど支払い許容額が低くなることがわかる。

また、後発医薬品の処方を受けた経験があり、同等以上の効果があったと認識している場合には、支払い許容額が有意に高くなっている。

表 2 推定結果

被説明変数	認知	処方経験	支払い許容額
推定方法	プロビット	プロビット	OLS
年齢	0.0164** [0.0066]	0.0065 [0.0041]	-0.2472*** [0.0798]
男性ダミー	-0.3790** [0.1738]	-0.1061 [0.1094]	0.9773 [1.8000]
有配偶ダミー	-0.0497 [0.1530]	0.0712 [0.0996]	3.3740* [1.9154]
自身の所得(万円)	0.0007** [0.0003]	-0.0001 [0.0002]	-0.0004 [0.0005]
大卒ダミー	0.0407 [0.1419]	0.1920** [0.0919]	0.0818 [1.7335]
主観的健康状態	-0.1481** [0.0741]	-0.1876*** [0.0454]	1.1342 [0.8790]
主観的危険回避度	0.0595* [0.0307]	-0.0374* [0.0202]	0.9980** [0.3903]
主観的時間選好率	-0.0156 [0.0110]	-0.0001 [0.0075]	-0.3027** [0.1461]
医師と話し合う	0.4437*** [0.1568]	0.2733*** [0.0902]	-1.7569 [1.7662]
薬剤師と話し合う	0.1463 [0.1592]	0.5385*** [0.0928]	-2.3265 [1.8450]
後発医薬品には同等以上の効果あり			13.1147*** [0.1781]
後発医薬品の効能は先発医薬品未満			-7.6916 [5.6200]
定数項	0.9537** [0.4548]	-0.1078 [0.2917]	73.8146*** [5.7355]
サンプルサイズ	999	999	911

「年金に関する意識調査」の個票を用いた推定結果より筆者作成

1. 表の数字は推定された係数、[ ] 内は推定された標準誤差である。
2. \*\*\*は 1%、\*\*は 5%、\*は 1%水準で統計的に有意であることを表す。
3. 「支払い許容額」のみサンプルサイズが異なるのは、支払許容額の質問に対して「分からない（ジェネリック医薬品のことを知らない）」と回答した者を分析から除いているからである。

#### 4-4 解釈・議論

本稿の分析結果は以下のように解釈できる。

まず、年齢が高いほど、後発医薬品という言葉を知っているものの、支出許容額は低かった。年齢が高い者は健康に対する関心が高いために後発医薬品という言葉を知っている確率が高まる一方、健康に対する関心が高いからか、後発医薬品に対する態度が慎重になっていくことがわかる。

次に、大卒者の方が後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が高く、医師と話し合っている者、薬剤師と話し合っている者が後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が高い。そのため、医療や健康に関する知識・意識を喚起することにより、後発医薬品の利用を促進できる可能性がある。たとえば、現在、地域包括ケアとの関連でかかりつけ医の推進が議論されている。(厚生労働省 [2013c]) かかりつけ医の推進により、薬の処方について医師と話し合う機会が増えて、後発医薬品の利用促進につながる可能性がある。

また、後発医薬品の処方経験があり、その効能が先発医薬品と同等以上であると感じた者は、後発医薬品への支出許容額が高まることがわかる。したがって、後発医薬品の処方を実際に受けた際の経験が、その後の処方に関する選好を決定することになる。上述のとおり、一部の研究では先発医薬品と後発医薬品の効能に何らかの違いがあることが確認されているが、両者の効能の差をどれだけ小さくできるかが、後発医薬品の浸透に影響すると考えられる。

健康状態と後発医薬品への選好との関係については、主観的健康状態が良いほど、後発医薬品という言葉を知っている確率が低くなり、後発医薬品の処方を受けた経験がある確率も低くなっている。前者については、主観的健康状態が悪い者は健康に関心があるため、後発医薬品のことを認知している確率が高くなると考えられる。一方、後者については、主観的健康状態が悪い者は医療費が多くなりがちであることから、後発医薬品に切り替えることで医療費への支出を抑えるインセンティブが働いていると考えられる。

主観的な危険回避度が高いほど後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が低くなる。後発医薬品と先発医薬品を比較すると後発医薬品の効能にはばらつきがあると認識している場合、危険回避的であるほど、後発医薬品の処方に対して消極的であると考えられる。本稿の分析結果は、後発医薬品の効能にはばらつきがあると認識している者の存在を示唆するものである。

その一方、主観的な危険回避度が高いほど後発医薬品の支出許容額は高くなっている。この結果を、危険回避的であるほど後発医薬品への支払いに対して積極的であると解釈した場合、後発医薬品への処方経験に関する結果と矛盾する。しかしながら、後発医薬品への支払い許容額を健康のためにどれだけ支払うことができるかを表していると解釈すると、危険回避的であるほど健康のために多くの金額を費やしてもかまわないと考えていると解釈できる。

また、主観的時間選好率が低い者ほど後発医薬品の支出許容額が高くなっている。後発医薬品へ

の支払い許容額を、健康のためにどれだけ支払うことができるかを表していると解釈すると、現在よりも将来に重きを置く傾向がある者は、現在の支出を多少増やしてでも将来の健康リスクを回避したいと考え、健康のために多くの金額を支払ってもよいと考えていると解釈できる。

## 5 むすびに

本稿では、わが国における後発医薬品の普及が先進諸国よりも遅れている状況を鑑みて、後発医薬品の認知、後発医薬品の処方経験、後発医薬品への支払い許容額の決定要因に関する実証分析を行った。主な結果は以下の3点である。

第一に、処方される薬品について医師と話し合っている者は後発医薬品を認知している確率、処方を受けた経験がある確率ともに高い。また、処方される薬品について薬剤師と話し合っている者は後発医薬品の処方を受けた経験がある確率が高い。

第二に、後発医薬品の処方経験があり、その効能が先発医薬品と同等以上であると感じた者は、後発医薬品への支払い許容額が高まる。

第三に、主観的な危険回避度が高いと、後発医薬品を認知している確率が高くなり、後発医薬品への支払い許容額が高くなる一方で、後発医薬品の処方を受けたことがある確率が低くなる。また、主観的な時間選好率が高いと、後発医薬品への支払い許容額が低くなる。

これらの結果より、以下の2点の政策含意が導かれる。

第一に、処方について医師・薬剤師と話し合う機会を増やすこと、それを通じて健康への意識の喚起、知識の浸透を図ることが、後発医薬品促進につながる。かかりつけ医の推進、おくすり手帳の配布などの政策がさらに浸透することが期待される。

第二に、後発医薬品の処方を受けた際の体験が後発医薬品に関するその後の態度を決定づけるため、後発医薬品の質のばらつきをできるだけ小さくすることが求められる。後発医薬品に対して懐疑的な者が後発医薬品の処方を受けた際にたまたま効き目が悪ければ、その後も後発医薬品の処方に対して否定的になる可能性が高い。

本稿で残された課題として、以下の2点が指摘できる。

第一に、本稿では、後発医薬品に対する支出許容額を分析対象としたが、後発医薬品の価格を説明変数として後発の利用意思を尋ね、そこから得られたデータを分析することで、本稿の分析結果を違った角度から再検証することが可能となる。

第二に、後発医薬品に関する詳細な知識を聞いた上で、後発医薬品の利用意思を尋ね、そこから得られたデータを分析することにより、後発医薬品についてどのような情報を浸透させれば後発医薬品の利用が促進できるのかが明らかになる。

最後に、後発医薬品の促進に際して留意すべき点として、先発医薬品と後発医薬品の効能がどの

程度同じなのか、という点がある。厚生労働省 [2013a] でも定義されているとおり、先発医薬品と後発医薬品の品質・有効性・安全性は同等であるはずだが、上述のとおり、両者の品質・有効性・安全性に統計的に有意な差があるのかどうかを研究した医学や薬学の論文の中には、両者の効能に有意な差があることを確認したものもある。先発医薬品と後発医薬品の効能の関係に関しても、より多くの研究が求められる。

## 参考文献

- 上原勉・真野俊樹 [2013], 「後発医薬品の使用促進に関わる政策の変遷と諸課題からの考察」, 『日本医療経営学会誌』, 第7巻第1号, pp.67-74.
- 大谷道輝・野澤茜・大谷真理子 [2013], 「10%尿素製剤の先発医薬品と後発医薬品におけるヒトでの保湿効果の検討」, 『日本皮膚科学会雑誌』, 第123巻第12号, pp.2263-2267.
- 尾関佳代子 [2011], 「小学生の子どもを持つ母親のジェネリック医薬品使用状況とその関連要因」, 『社会医学研究：日本社会医学会機関誌』, 第29巻第1号, pp.79-85.
- 加納誠一郎・田口睦・早勢伸正・金田繁・高栗郷・市原和夫・佐藤久美 [2009], 「コレステロール負荷食ウサギの脂質異常に対するPravastatin先発医薬品と後発医薬品の効果」, 『薬学雑誌』, 第129巻第1号, pp.155-161.
- 粕谷英明・西村淳一 [2012], 「後発医薬品の使用促進と市場への影響」, 『医薬産業政策研究所 リサーチペーパー・シリーズ』, No.54
- 柿崎暁・鈴木秀行・市川武・佐藤賢・高木均・森昌朋・湯浅圭一郎 [2009], 「プレドニゾロンのジェネリック医薬品への変更により増悪した自己免疫性肝炎の1例」, 『日本消化器病学会雑誌』, 第106巻第10号, pp.1488-1493.
- 櫻井秀彦・伊東佳美・橋詰加奈子・山内忠広・吉町昌子・杉山祐之・小林要・後藤輝明・恩田光子・早瀬幸俊 [2011], 「保険薬局における後発医薬品への変更に対する患者意識調査」, 『医薬品情報学』, 第12巻第4号, pp.149-157.
- 菅原琢磨・南部鶴彦 [2013], 「後発医薬品の市場シェア決定要因と普及促進政策の効果：高脂血症薬「プラバスタチン」における後発医薬品参入の事例」, 『経済志林（法政大学経済学部学会）』, 第81巻第2号, pp.83-108.
- 厚生労働省 [2007], 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」：  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatsu-iyaku/dl/04.pdf> (2014年12月27日閲覧)
- 厚生労働省 [2012], 「中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 第82回 資料」：  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hlfe-att/2r9852000002hliiy.pdf> (2014年12月27日閲覧)
- 厚生労働省 [2013a], 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」：  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002z7fr.html> (2014年12月28日閲覧)
- 厚生労働省 [2013b], 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進について 参考1 ジェネリック医薬品の市場シェア」：  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000056317.pdf> (2014年12月28日閲覧)
- 厚生労働省 [2013c], 「第46回社会保障審議会介護保険部会資料 資料3 地域包括ケアシステムの構築に向けて」  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf)  
(2014年12月27日閲覧)